

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS M.Q.P.P.V.
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-662388

95718

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13031 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HSSIK Hamza

Date de naissance : 06/02/1992

Adresse :

Tél. : 0623078785 Total des frais engagés : 560,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HSSIK Hamza Age : 29

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DERMATOSE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 02/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/11/21	C2	—	250 DH	INP : 091022392

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Prestation
	21/11/21	310 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

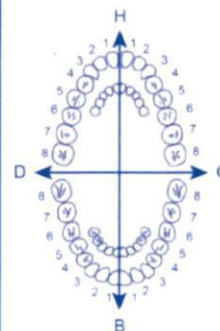
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

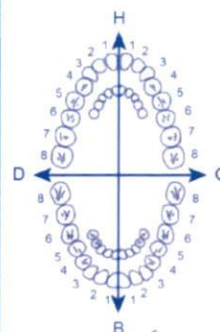
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur **BENHARBIT Rachid**

Spécialiste en Dermato - Vénérologie

Titulaire du Certificat d'Etudes
Spéciales

Faculté de Médecine de Strasbourg

Ancien Maître Assistant au CHU
Avicenne - Rabat

الدكتور بن حريط رشيد

إختصاصي في أمراض الجلد
و الشعر و الأمراض التناسلية

خريج كلية الطب بـستراسبورغ

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب
بالرباط

Casablanca, le 21. 11. 21

Mr Hssik Hamza

(0,90) - Dearyl creme 2 Tube
2 application pour x 1 mois



Cure
Chevelu 2 Regaxidil 5% 3 flacon
260,00 10 pulverisation 2 fois / jour
à 3 mois



310,90

Dr. BENHARBIT Rachid
Spécialiste en Dermatologie
Vénérologie
33, (Ex. 81) P.d. de Paris
Tél. 22.19.00/27.78.69 - Casablanca

REGAXIDIL® 5%
Flacon de 60 ml



6 118000 360261



REGAXIDIL® 5%
Solution pour application cutanée
Flacon de 60 ml
Minoxidil

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative

Principe actif	Pour 1 ml
Minoxidil (DCI)	50 mg
Excipients :	q.s.p. 1 ml

EXCIPENT A EFFET NOTOIRE:

Ethanol et propylène glycol.

Classe pharmaco-thérapeutique

Autres médicaments dermatologiques.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est indiqué en cas de chute de cheveux modérée (alopécie androgénétique) chez le sujet de sexe masculin.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Veillez à toujours utiliser ce médicament en suivant exactement les indications de votre médecin ou pharmacien. Vérifiez auprès de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.

Réservé à l'adulte.

POSOLOGIE :

Appliquer 2 fois par jour (une fois le matin et une fois le soir) une dose de 1 ml sur la zone de calvitie du cuir chevelu en prenant pour point de départ le centre de la zone à traiter.

Cette dose doit être respectée quelle que soit l'étendue de la zone concernée.

La dose journalière totale ne doit pas excéder 2 ml.

Étendre le produit avec le bout des doigts de façon à couvrir l'ensemble de la zone à traiter.

Se laver soigneusement les mains après utilisation.

Ne pas appliquer le produit sur une autre partie du corps.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie cutanée.

Appliquer sur des cheveux et un cuir chevelu parfaitement secs.

Diriger le pulvérisateur vers le centre de la surface à traiter, presser une seule fois et étendre le produit avec le bout des doigts. Répéter l'opération 10 fois pour appliquer une dose de 1 ml.

Eviter d'inhalier l'aérosol.

Bien Rincer le flacon, et le pulvérisateur à l'eau chaude après chaque utilisation.

Fréquence d'administration

1 application deux fois par jour, matin et soir.

DUREE DE TRAITEMENT :

Un traitement d'une durée de 2 mois à raison de 2 applications par jour peut être nécessaire avant que soit mise en évidence une stimulation de la pousse des cheveux.

Le début et le degré de la réponse varient en fonction des sujets.

Ne pas arrêter les applications au risque de revenir à l'état antérieur après un délai de 3 ou 4 mois.

L'augmentation de la dose ou de la fréquence d'application n'entraînera pas d'amélioration des résultats.

NE DEPASSEZ PAS LA POSOLOGIE NI LA DUREE DE TRAITEMENT PRESCRITES PAR VOTRE MEDECIN.

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

N'utilisez jamais REGAXIDIL® 5 %, solution pour application cutanée :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) au Minoxidil ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament,
- Si vous avez des lésions du cuir chevelu,
- Si vous êtes intolérant à la forme à 2 %,
- Si vous avez moins de 18 ans ou plus de 65 ans,
- En cas d'alopécie (chute de cheveux) de la femme.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

COMME TOUS LES MEDICAMENTS, REGAXIDIL® 5%, Solution pour application cutanée, EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR DES EFFETS INDESIRABLES, SURTOUT DURANT LA PREMIERE OU LES DEUX PREMIERES SEMAINES DE TRAITEMENT.

Informez immédiatement votre médecin si vous remarquez l'un des symptômes suivants, car vous pourriez avoir besoin d'un traitement médical en urgence.

- Gonflements du visage, des lèvres ou de la gorge entraînant des difficultés à avaler ou à respirer. Ces symptômes pourraient être le signe d'une réaction allergique grave (fréquence indéterminée, impossible à estimer à partir des données disponibles).
- Autres effets indésirables possibles :
- Il est possible que survienne une irritation locale avec desquamation (élimination des cellules mortes de la peau),

NITRATE D'ECONAZOLE®
Pevaryl 1%
CREME

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

COMPOSITION

Crème :

Formule pour 100 g :

nitrate d'éconazole 1 g

Excipients : stéarates d'éthylèneglycol et de macrogols 300 et 1500, paraffine liquide, glycérides polyglycolysés insaturés, butylhydroxyanisole (E320), acide benzoïque (E210), parfum, eau purifiée.

FORME PHARMACEUTIQUE

Crème, tube de 30 g.

CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

DERIVE IMIDAZOLE - ANTIFONGIQUE LOCAL

(D : Dermatologie)

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est préconisé dans le traitement ou le traitement d'appoint de certaines affections cutanées dues à des champignons (mycoses).

ATTENTION !

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE en cas d'allergie à l'un des composants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Eviter l'application près des yeux.
- Il est recommandé de ne pas utiliser un savon acide (l'acidité favorisant la multiplication du candida).
- En cas d'application chez l'enfant, sur une grande surface, ou sur une peau lésée, respectez impérativement les recommandations et la posologie indiquée par votre médecin en raison de la pénétration plus importante du produit dans ces circonstances.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

LOT : 21E004
PER.: 03 2023

PEVARYL 1%
CREME T30G

P.P.V : 50DH90

